

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 57

Contribution à l'Etude
des
Talalgies sous-calcanéennes

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Janvier 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon MARCHAND

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

né le 6 Août 1902, à VALENCE (Drôme)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

Contribution à l'Etude
DES
TALALGIES SOUS-CALCANÉENNES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 57

Contribution à l'Etude
des
Talalgies sous-calcanéennes

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Janvier 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon MARCHAND

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

né le 6 Août 1902, à VALENCE (Drôme)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. X.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	X.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	JATARTET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE-MARTIN
Pharmacie,	COURMONT (P.)
	X.
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	DUNET	DUFOURT.
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)	DUMAS.
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE.
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL	MANCEAU.
ROCHAIX	MAZEL	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
CORDIER (V.)	SANTY	DEVIC.	ROCHET (Ph.).
			WERTHEIMER.

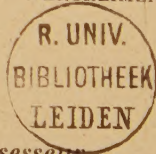
M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président; PATEL, assesseur

TAVERNIER et BONNET agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

Nous avons eu l'immense joie de suivre son précieux enseignement pendant deux semestres d'externat au cours desquels nous avons pu apprécier la valeur de l'intérêt qu'il nous porte.

Nous le prions d'agréer l'expression de notre vive gratitude et de notre entier dévouement.

A MES MAÎTRES DE L'EXTERNAT

Semestre Novembre 1923 - Mai 1924

Semestre Mai-Novembre 1925

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale

Semestre Mai-Novembre 1924

MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN

Chirurgien des Hôpitaux

Semestre Novembre 1924 - Mai 1925

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR

Médecin des Hôpitaux

Semestre Novembre 1925 - Mai 1926

MONSIEUR LE DOCTEUR VORON

Accoucheur des Hôpitaux

Semestre Mai-Novembre 1926

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL
Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon
Chirurgien des Hôpitaux

Qui a bien voulu nous confier ce travail et n'a rien négligé pour nous permettre d'arriver à bonne fin.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VACHEY

Son amabilité, son extrême obligeance, la part active qu'il a prise à l'élaboration de ce travail, nous font un devoir, très agréable d'ailleurs, de l'assurer de notre entière gratitude.

A MES JUGES

Contribution à l'Etude
DES
TALALGIES SOUS-CALCANÉENNES

Introduction

Depuis 1890 environ, les chirurgiens se sont préoccupés de la talalgie. On hésita d'abord beaucoup sur le choix de l'appellation. C'est Blum qui, le premier, parla de « talalgie », terme que l'on a conservé depuis.

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer cette affection. La radiographie montrant la présence d'une exostose sous-calcanéenne très fréquente chez les talalgiques, on en a conclu que c'était elle qui était responsable de la talalgie.

Mais les recherches récentes de notre Maître, M. le Professeur Patel, ainsi que les publications de M. Tavernier, viennent détruire cette théorie pathogénique. Cependant si l'exostose n'est pas la cause de la talalgie sous-calcanéenne, que faut-il donc incriminer ? M. le Professeur Patel, M. Tavernier, eurent l'idée d'en rechercher l'origine au niveau des parties molles avoisinant la face inférieure du calcanéum. Un certain nombre d'observations, prises dans les services de ces deux chirurgiens, nous aideront à prouver cette nouvelle théorie.

Cette façon différente de comprendre la talalgie est grosse de conséquence, puisqu'elle modifie considérablement l'intervention chirurgicale. Au lieu de borner l'acte opératoire à une ablation, aussi large soit-elle, de l'exostose sous-calcanéenne, elle indique formellement de réséquer largement les parties molles sous-jacentes qui, à elles seules, causent tout le mal. Nous ne voulons pas dire, par là, que cette ablation soit suffisante ; il faut, également, comme le faisaient précédemment les chirurgiens partisans de la théorie de l'exostose, réséquer celle-ci qui très souvent est secondaire à l'inflammation des parties molles et, même, paraît due à celle-ci.

C'est cette pathogénie de la talalgie sous-calcanéenne que nous nous efforcerons de défendre, en nous appuyant sur des observations cliniques qui sont particulièrement probantes.

Qu'il nous soit permis maintenant de remercier tous nos Professeurs de la Faculté de Médecine de Lyon, et surtout nos Maîtres dans les hôpitaux qui, par leurs enseignements ont contribué à notre éducation médicale.

Que M. le Professeur Tixier reçoive l'hommage de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fit en acceptant de présider notre thèse.

Nous adressons nos remerciements les plus sincères à M. le Professeur Patel qui voulut bien nous permettre d'entreprendre ce travail en nous confiant ses observations et nous guider de ses conseils.

Historique

On peut diviser l'histoire de la talalgie sous-calcanéenne en trois grandes périodes, chaque période correspondant à une façon différente d'interpréter cette affection.

Dans une première période, les chirurgiens se sont contentés de lui donner un nom.

C'est Tillaux (1890) qui, le premier, en parle, il l'appelle « l'affection douloureuse du talon ».

Després l'a dénommée « névralgie du talon », « contusion chronique du talon » ou « maladie des sergents de ville ».

Blum créa le mot de « talalgie ».

Duplay (1906), préfère le mot de « pternalgie » ou « bursite sous-calcanéenne ».

D'autres auteurs l'ont étudiée également. Swediaur la signale au cours de la blennorragie.

La seconde période coïncide avec l'apparition de la radiographie, qui permet de constater la présence fréquente d'une exostose rétro-calcanéenne ou sous-calcanéenne chez les talalgiques.

Brackett, en 1896, signale un cas d'exostose rétro-calcanéenne. Ce sont également les travaux de Pain-

ter (1898), de Plettner et Lehr, en 1900, de Barker en 1905, de Baer (1906), de Chrysopathès (1907), de Jaeger, Davidson, Haglund (1908).

Puis paraissent les travaux de Reclus et Schwartz (1909), la thèse de leur élève, Labernardie (1910).

En 1910, M. le Professeur Poncet, dans une conférence faite à Paris sur le rhumatisme articulaire tuberculeux, développe la pathogénie tuberculeuse de cette affection et de certaines exostoses astragalienues et calcanéennes.

Enfin, dans la troisième période, l'exostose est déchue de ses droits, à la suite des travaux de MM. Patel et Comte (1925), qui montrent le rôle que joue, dans cette affection, le tissu cellulaire sous-cutané, lequel est le siège de réactions inflammatoires.

M. Tavernier, en 1925, publie l'observation d'un malade chez lequel l'exostose ne jouait qu'un rôle secondaire.

M. Richer, en 1925, présente, à la Société de Chirurgie de Lyon, un malade dont l'histoire pathologique et les examens anatomo-pathologiques viennent vérifier ces idées déjà en cours.

MM. Mouchet et Roederer, dans un article sur la chirurgie infantile et l'orthopédie, en 1926, confirment l'opinion des chirurgiens lyonnais.

M. Mondor, au Congrès de Chirurgie, en 1926, dans un article sur les arthrites gonococciques, envisage la question des talalgies sous-calcanéennes et conclut, à l'origine osseuse des douleurs, même lorsque la radiographie ne montre pas de déformations exostotiques.

Etiologie

La talalgie sous-calcanéenne apparaît le plus souvent entre 20 et 30 ans. Elle peut se voir avant, au moment de l'adolescence. Labernardie, en effet, rapporte l'observation d'un sujet de 15 ans. On la trouve encore parfois jusque vers 60 ans.

Un des malades dont nous mentionnons l'observation, était âgé de 59 ans (Obs. II).

C'est une affection qui survient généralement, chez l'homme, environ 90 fois sur 100. La femme y est peu sujette. Sur 60 observations que publient Reclus et Schwartz, 6 seulement appartiennent à des femmes. Nous-même, sur 10 observations que nous apportons, nous n'en avons qu'une qui concerne une femme.

Les professions ne paraissent avoir d'autre influence que de favoriser l'éclosion des douleurs par la station debout prolongée ou des marches pénibles. En Effet, le traumatisme fréquent et répété chez des sujets se tenant très longtemps debout avec des chaussures à semelles peu épaisses, la marche sur un sol irrégulier, caillouteux, sont assez souvent la cause adjuvante de nombreuses affections qui, tour à tour,

ont été accusées d'être la cause de cette maladie. Parmi ces affections, on cite en premier lieu la blennorragie, qui, en effet, se retrouve très souvent dans les antécédents (Obs. IV, VII, VIII, IX).

Parfois même, la talalgie n'est apparue qu'avec l'écoulement et, s'il y a des améliorations passagères dans la gonorrhée, celles-ci peuvent coïncider avec une cessation également passagère des douleurs au niveau du talon (Obs. VII).

On a incriminé, également, le rhumatisme articulaire, la goutte, la tuberculose.

Enfin comme autres causes prédisposantes signalons les sueurs plantaires qui fendillent la peau du talon, les engelures ,etc...

En somme, au point de vue étiologique, dans la talalgie sous-calcanéenne, on relève souvent, à part le traumatisme, des causes de nature infectieuse, telles que la blennorragie, le rhumatisme, peut-être la bacillose. Enfin, dans l'observation XI, la malade a présenté pendant 1 mois un état subfébril en rapport probablement avec un état grippal, qui peut être incriminé comme ayant favorisé l'apparition de l'inflammation du tissu cellulaire sous-calcanéen.

Symptomatologie

Il s'agit généralement de malades jeunes, entre 20 et 30 ans, qui présentent des douleurs vives au niveau des talons. C'est une affection qui est rarement unilatérale, elle siège le plus souvent aux deux pieds.

Cette algie s'est installée progressivement. Parfois, elle est d'emblée bilatérale; d'autres fois, elle débute d'un côté et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que l'autre côté devient douloureux. Cette période de début est variable comme durée, soit quelques mois, soit quelques années. Elle peut même être coupée de rémissions passagères.

Lorsque l'on voit ces malades, la douleur est presque constante, le talon ne peut plus toucher le sol, sans déterminer une douleur vive, intolérable. Le malade marche sur la pointe des pieds. Tout travail est devenu impossible. Une des observations que nous rapportons, concerne notamment un boxeur professionnel qui avait dû interrompre son entraînement du fait des douleurs (Obs. III).

Le malade ne vient au chirurgien qu'après avoir épuisé les ressources de la thérapeutique. Il essaye, successivement et sans résultats, le port de semelles

orthopédiques et même des appareils plâtrés; s'il y a, dans ses antécédents, une blennorragie, on lui fait du vaccin, du sérum antigonococcique, de la gonacrine; s'il persiste un écoulement urétral, on essaye des grands lavages, un étincelage de l'urètre postérieur (Obs. VII), etc... Ce n'est que devant l'insuccès de tous ces moyens que le malade se décide à l'intervention.

A l'examen, on ne trouve ni rougeur, ni chaleur, ni tuméfaction de la région sous-calcanéenne, mais seulement une douleur vive à la pression. Cette douleur peut-être localisée en un point bien précis se trouvant soit sur la partie médiane, soit sur la partie interne de la face inférieure du talon; ou bien, le malade souffre sur toute la face inférieure, et la moindre pression, en un point quelconque, est douloureuse.

Il s'associe parfois un point douloureux situé à la face postérieure du calcanéum, au niveau de l'insertion du talon d'Achille.

La radiographie peut montrer la présence d'une exostose, qui peut présenter divers aspects. Ou bien elle se présente sous la forme d'un éperon, d'un pénis de chien, ou bien c'est un épaissement de la tubérosité sous-calcanéenne. Toutes les formes intermédiaires sont possibles entre ces deux extrêmes.

Mais la présence d'une exostose sous-calcanéenne, si elle est fréquente dans la talalgie, n'est pas constante. Ce n'est, d'ailleurs, pas elle qui est responsable de cette affection, comme nous allons nous efforcer de le démontrer.

Anatomie pathologique et Pathogénie

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer la talalgie.

Nous trouvons d'abord la théorie traumatique. Després, range cette affection dans les cas de contusion par compression décrite par Velpeau. Mais pour lui, ce n'est pas une simple compression de la peau, mais une compression du tissu adipeux sous-cutané.

Pour Lenoir, il s'agit d'une bursite sous-calcanéenne, provoquée parfois par le traumatisme répété, c'est un hygroma.

Avec la radiographie, un moyen d'investigation nouveau est mis à la disposition des chirurgiens et vient modifier les théories. On constata, en effet, que bon nombre de talalgies coïncidaient avec des exostoses au niveau du calcanéum.

Jacquet déjà, en 1890, signale un cas d'exostose.

Rossler (1895), Brackett (1896), Godwailh décrivent l'exostose rétro-calcanéenne.

Painter (1898) rapporte 7 observations, avec preuve d'exostose (radio ou opération) mais une seule sous-calcanéenne.

Puis paraissent les travaux de Barker (1905), Ewald (1906), Baer (1906), Chrysopathès (1907), Jaeger (1908), Davidson (1908), Haglund (1908) Jacobstal, Sarrazin, Boerner (1909). Tous ces auteurs ont vu des exostoses dont ils expliquent la naissance de façons différentes.

Pour Chrysopathès, l'éperon sous-calcanéen naît de la façon suivante : le noyau épiphysaire postérieure du calcanéum est souvent divisé en deux noyaux secondaires, dont l'inférieur tirailé par les muscles et les téguments de la plante, donne l'éperon.

Mais ce noyau postérieur n'intervient pas dans la formation des tubérosités, comme le montrent des radiographies d'enfants.

Brackett l'attribue à une périostite traumatique.

Lehr dit que c'est le pied plat qui détermine l'exostose, par suite de l'effondrement de la voûte plantaire, les aponévroses tirant plus violemment sur leurs insertions. Or, le pied plat n'est pas constant dans la talalgie, et de plus, quand il existe, il provient de ce que le malade marche sur la pointe des pieds, ce qui favorise l'effondrement de la voûte plantaire.

Pour Haglund et Painter, il s'agit d'un processus ostéo-arthritique.

Les auteurs américains (Barker, Baer, Jaeger, Davidson) n'ont vu comme cause que l'infection blennorragique.

En 1909, Reclus et Schwartz, dans la *Revue de Chirurgie*, reprennent l'étude de ces exostoses. Pour eux, l'origine de l'exostose sous-calcanéenne est due à des causes multiples : tractions exagérées des tendons et

aponévroses de la région, traumatismes, infection (blennorrhagie, syphilis, rhumatisme, etc...). Ils insistent surtout sur ce fait qu'il existe toute une catégorie d'exostoses qui ne relèvent d'aucun processus pathologique et qui paraissent n'être en somme que l'exagération d'une saillie normale, la tubérosité calcanéenne. De plus, ces auteurs avaient remarqué, en examinant de nombreuses radiographies de pieds, faites pour d'autres affections que des talalgies, qu'il existait des exostoses ne se manifestant pas, que seule la radiographie permettait de découvrir. En un mot, des exostoses non douloureuses.

Comment expliquer ces trouvailles radiographiques, si on admet que c'est l'exostose qui provoque la talalgie ?

Lehr l'explique par le pied plat; la pointe de l'éperon exostosique se dirige vers la peau, ce qui détermine la douleur. Haglund admet cette explication.

Pour Reclus et Schwartz, le traumatisme portant sur une exostose préexistante pourrait déterminer la talalgie. Ils admettent également l'irritation des parties molles voisines, notamment du nerf de l'abducteur du petit orteil qui passe dans cette région. Mais surtout, ils parlent d'une inflammation des tissus voisins ou des bourses séreuses qui sont derrière et sous le calcanéum, cette inflammation étant déterminée par l'exostose. Toutes ces idées furent reprises dans la thèse de l'un de leurs élèves, Labernardie (Thèse de Paris, 1910).

Cette théorie de l'exostose se trouve encore développée dans la thèse de Pilla (Nancy, 1913).

L'exostose était donc considérée comme la lésion nécessaire et suffisante pour l'apparition de la talalgie. Elle occupait le premier plan et quelle que soit l'origine qu'on lui attribuait, était la cause efficiente des douleurs. Son ablation simple et économique devait faire cesser les douleurs.

Mais tous les auteurs admettent que cette exostose, dans certains cas, peut être due à un traumatisme ou à une infection. Or, une pareille formation exostotique provenant d'une parcelle écailleuse de calcanéum ne ressemble pas sur la radiographie à l'exostose en éperon. D'autre part, il y a des observations, dans lesquelles on a admis que l'exostose était due à la blennorragie (trois observations de Baer où du gonocoque fut trouvé dans les tissus avoisinants l'exostose).

Poncet l'attribuait à la tuberculose inflammatoire.

Or, dans ces cas, la radiographie montrait des petits épérons acérés, tandis que les lésions osseuses dues à ces infections se présentent généralement sous forme d'ostéo-périostite, masses volumineuses à contours flous et irréguliers.

Le Professeur Nové-Josserand a même rapporté à la Société de chirurgie de Lyon (décembre 1924) une belle observation de talalgie, due à une ostéite légère du calcanéum, de nature imprécise, dont il a pu obtenir la guérison par un évidement partiel du calcanéum, sans tenter l'ablation des bosselures et hyperostoses superficielles et sans modifier les points d'appui de l'os. Ce qui prouve que, dans certains cas très rares, le syndrome talalgie peut être dû à une ostéite chronique, où la formation exostotique prend tout à fait la seconde place.

Mais ces lésions, présentant nettement le type d'une ostéite ou d'une ostéopériostite sont exceptionnelles et leur aspect radiographique les différencie généralement des exostoses en éperon qui forment la classe la plus fréquente.

La majorité des talalgiques se présentent comme atteints d'une déformation exostosique des tubérosités sous-calcanéennes. Mais cette exostose, comme y ont insisté Reclus et Schwartz, n'est pas, en réalité en forme d'éperon ou de pénis, comme semblent le montrer les radiographies, mais une lame large de 1 à 3 centimètres, née sur les tubérosités et s'avancant en avant et en bas dans les muscles de la plante du pied. Cette lame, transversalement dirigée se projette comme un éperon à contour net, situé en général au niveau de la crête tubérositaire.

Mais ces déformations exostosiques constatées radiographiquement sont généralement minimales, même lorsqu'elles coexistent avec une talalgie. Et l'on en trouve fréquemment sur des calcanéums normaux.

Comte, en examinant 200 radiographies prises au hasard dans les collections du Docteur Japiot, a constaté dans moins de 5 % des cas des éperons bien marqués, mais dans 25 % des cas, il s'est trouvé en présence de déformation et d'hypertrophie des tubérosités de l'ordre de celles que l'on avait l'habitude de rendre responsables de la talalgie.

La grande fréquence de ces déformations montrent bien leur caractère presque normal. C'est pour cela, pour le fait aussi que, souvent, les déformations sont bilatérales lorsque le malade ne souffre que d'un côté,

et que, parfois, l'exostose la moins prononcée se trouve du côté où le malade souffre le plus, que l'on doit admettre que les exostoses ne sont pas en elles-mêmes une affection pathologique mais se présentent sous la forme d'une disposition subnormale : c'est ce que les observations que nous apportons tendent à démontrer.

Toutes ces raisons amenèrent des chirurgiens lyonnais, M. le Professeur Patel, M. Tavernier, à modifier leurs conceptions pathogéniques sur la talalgie.

En 1925, MM. Patel et Comte publièrent, sur la talalgie, un travail où est admirablement développée cette nouvelle théorie.

M. Tavernier, en 1925, publia l'observation d'un de ses malades chez lequel, du côté droit, au moment de l'intervention, il enlève une large portion de la face inférieure du calcanéum, où se trouvait une exostose large et irrégulière, mais il fait également, de ce côté, une ablation des parties molles sous-jacentes. Du côté gauche, il trouve, après dénudation de la face inférieure du calcanéum, une petite épine acérée, de la grosseur d'un grain de mil, qu'il fait sauter au bistouri, sans toucher les parties molles sous-jacentes. Après cicatrisation des plaies, les douleurs disparaissent à droite, mais persistent à gauche, si bien que, un mois après, il est obligé de réintervenir pour réséquer ces parties molles. A partir de ce moment, le malade ne souffre plus (Observ. IV).

Cette observation a la valeur d'une expérience. L'opération a réussi d'emblée à droite, du côté où elle a été large et où on a enlevé les parties molles en-

flammées. De l'autre côté, où l'on s'était contenté de faire sauter l'exostose, on dut réintervenir pour réséquer les tissus avoisinants que l'on avait respectés la première fois et ainsi faire disparaître les douleurs.

Tous ces faits firent penser à ces chirurgiens que l'exostose que l'on rendait responsable de la talalgie n'était que secondaire et que l'origine de cette affection résidait dans les parties molles sous-jacentes.

Notre Maître, M. le Professeur Patel, qui, depuis 1924, chaque fois qu'il a à intervenir pour une talalgie sous-calcanéenne, pratique une résection large du tissu cellulaire sous-jacent, en même temps que l'ablation de l'exostose, quand elle existe, fit faire à plusieurs reprises des examens anatomo-pathologiques de ce tissu cellulaire. Chaque fois, l'examen a montré des lésions inflammatoires :

Le tissu fibreux peut être infiltré d'œdème interstitiel.

Dans les tissus mous, on trouve des vaisseaux dilatés, avec un épithélium épaissi, ce sont des lésions d'endopériartérite. Celles-ci sont les plus fréquentes et les plus caractéristiques.

Autour des capillaires, on voit des nodules bien constitués, formés de polynucléaires, de mononucléaires, de plasmocytes. Mais, il est à remarquer que ces lésions sont généralement périvasculaires. Parfois, cependant, ces éléments peuvent s'infiltrer au milieu des petites travées conjonctives (Observ. IV).

D'ailleurs, à l'intervention, on se trouve, le plus souvent, en présence d'un tissu cellulo-adipeux, qui présente un aspect lardacé, et au milieu duquel semble se

détacher comme une véritable bourse séreuse (Observ. III, IV).

D'autres fois, ce tissu cellulaire a un aspect normal et rien ne pourrait faire prévoir que l'on y trouverait des lésions inflammatoires (Observ. V, VII).

La théorie pathogénique, qui fait largement intervenir dans la genèse des douleurs le rôle des altérations des parties molles, est donc confirmée.

D'après ce qui précède, il existerait donc deux sortes d'exostoses: une qui n'est, en somme, que l'exagération d'une disposition normale et se ferait peut-être sous l'influence des tractions répétées des tendons et des aponévroses (c'est ce que l'on trouve étudié dans le travail de Comte) et une autre serait sous l'influence d'une inflammation.

Donc, ce n'est pas l'exostose qui crée l'inflammation et la douleur, mais l'inflammation qui provoque la douleur et en agissant sur l'os avoisinant peut déterminer sur celui-ci une déformation exostosique.

Traitement

Celui-ci consiste dans l'intervention. Elle seule est efficace comme le montrent les observations que nous mentionnons à la fin de ce travail, et dans lesquelles les malades avaient essayé de nombreux moyens médicamenteux et des appareils orthopédiques.

La présence fréquente d'une exostose plus ou moins marquée dans les talalgies indique son ablation; mais on ne doit pas s'attendre à trouver une exostose en forme de pointe acérée et si l'on sentait à l'intervention une formation de ce genre, il ne faudrait pas se contenter de l'enlever économiquement, mais toujours toute la ligne tubérositaire. Il faut, en somme, réséquer largement les tubérosités.

De plus, l'intervention sur l'os seul est insuffisante, si large soit-elle; il faut enlever largement les parties molles sous-jacentes.

Il ne faut pas ruginer le périoste, ce qui pourrait entraîner la formation de constructions périostiques. Il faut, après avoir rabattu un large lambeau cutané en fer à cheval (l'incision se trouvant à 1 centimètre au-dessus du bord inférieur du talon pour éviter les inconvénients d'une cicatrice plantaire) rechercher les

zones enflammées ou sclérosées dans le tissu adipeux et les exciser largement; explorer la face inférieure du calcanéum, ce qui fait sentir le plus souvent non une épine, mais une lame irrégulière incluse dans les fibres musculaires; enlever à la gouge et au maillet un ruban important de la face inférieure, un large copeau de la ligne tubérositaire enlevant à la fois le périoste et l'os.

L'exostose est ainsi enlevée très largement de même que les parties molles sous-jacentes chroniquement enflammées et sclérosées.

Cette thérapeutique s'exerce aussi sur les filets nerveux atteints souvent de névrite, en particulier sur le nerf de l'abducteur du petit orteil qui croise en avant la grosse tubérosité et que certains auteurs incriminent.

On ferme ensuite, par une suture aux crins, sans mettre de drainage. Un pansement simple protège la plaie. On ne met pas d'appareil plâtré, pas de gouttière.

Au bout de 8 à 10 jours, lorsque tout est cicatrisé, que les fils sont enlevés, le malade peut marcher, et, 3 semaines à 1 mois environ après l'intervention, il peut reprendre son travail, complètement guéri, les douleurs ayant complètement disparu.

Lorsque l'on revoit ces malades, plusieurs mois après, ils n'accusent plus aucun symptôme douloureux à la marche.

Observations

OBSERVATION I

(*Service du Docteur Patel*)

Talalgie droite remontant à un an. Pas d'antécédents blennorragiques. Pas d'exostose. Résection de la tubérosité. Excision des parties molles. Guérison.

D... Claude, 39 ans, surveillant d'usine.

Talalgie droite depuis un an.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel, sauf à 14 ans, crise de rhumatisme articulaire aigu traité par le salicylate.

Marié, pas de fausses-couches de la femme, pas d'accidents syphilitiques. Pendant la guerre a souffert à plusieurs reprises de douleurs : rhumatisme articulaire. Pas de gonococcie actuelle.

Depuis un an, douleurs occasionnées par la marche et la station debout, n'apparaissant jamais spontanément, jamais d'œdème.

Il consulte plusieurs médecins qui le traitent pour du rhumatisme ou lui découvrent un pied plat (port d'une semelle orthopédique).

Une radiographie montra alors une saillie osseuse de la face inférieure du calcanéum. L'on pratique sans succès un traitement d'épreuve au sirop de Gibert et aux frictions d'onguent napolitain.

Il entre salle Amédée Bonnet le 25 octobre 1924 (Hôtel-Dieu, service du Docteur Patel).

Radiographie des deux pieds, qui montre une disposition absolument analogue à droite et à gauche.



FIG. I. — Talalgie datant d'un an; la radiographie montre l'absence de toute exostose véritable; on remarque une tubérosité sous-calcanéenne plus saillante.

La figure I représente le calque de la radiographie du pied droit; on note simplement une tubérosité grosse avec une crête tubérositaire saillante (fig. I).

Intervention, le 28 octobre 1924 : on rabat un lambeau cutanéograsseux à base antérieure. Ablation large à la gouge et au maillet de la saillie tubérositaire, excision au ciseau des parties molles sous-jacentes.

Le malade est revu un mois après ne souffrant presque plus et s'améliorant tous les jours.

Voilà donc un malade chez lequel ni la gonococcie ni la syphilis ne peuvent être incriminées; il y avait un très léger degré de pied plat qu'une semelle orthopédique n'avait pas amélioré et chez lequel l'examen clinique n'éveille pas l'idée de névrite.

On est plutôt en présence d'une saillie exagérée de la crête tubérositaire que d'une exostose. L'intervention chirurgicale, faite largement en enlevant le tissu cellulaire sous-jacent, amène la guérison. L'ablation

des parties molles semble avoir été là une condition nécessaire de la guérison, tant l'exostose en elle-même était peu marquée.

OBSERVATION II

(Service du Docteur Patel)

Talalgie droite consécutive à un traumatisme lésant les parties molles sous-calcanéennes. Infection secondaire de celles-ci. Exostose en forme de pénis de chien.

Homme de 59 ans, très vigoureux, pesant 110 kgs, exerçant la profession de manœuvre, sans aucun antécédent pathologique.

Le 31 mars : heurté par une roue avant d'auto, au niveau de la partie postérieure du talon droit, vaste plaie anfractueuse irrégulière, longue à se cicatriser (3 mois dans un hôpital). Depuis ce moment, au niveau du talon, douleur très vive à l'occasion de la marche ou de la station debout prolongée.

A l'examen : cicatrice irrégulière, déprimée, occupant la face postérieure du calcanéum, auquel elle adhère fortement, de la dimension d'une pièce de 5 francs.

De cette cicatrice partent, de chaque côté, deux cicatrices linéaires, profondes, dirigées transversalement, moulant pour ainsi dire la partie postérieure de la voûte plantaire et indiquant que le tissu cellulo-adipeux de la région labourée a été intéressé par le traumatisme.

La pression sur la face inférieure du talon est très douloureuse, surtout du côté interne où on ne relève aucune déformation osseuse apparente.

Radiographie : comme le montre la figure II, à la face inférieure du calcanéum, tout à fait intacte par ailleurs, en un point correspondant à la tubérosité interne, on trouve une saillie osseuse, courte, pointue, dirigée obliquement en bas

et en avant, ayant la forme classique de ce que l'on est convenu d'appeler : pénis de chien. De plus, un peu en avant,



FIG. II. — Exostose sous-calcanéenne, en forme de pénis de chien. Cette exostose n'a jamais été douloureuse. La talalgie survient après un traumatisme intéressant les parties molles sous-calcanéennes.

une autre saillie osseuse moins acérée, moins longue, répondant sans doute à l'insertion du ligament calcanéo-cuboidien (fig. II).

Ainsi voilà un malade qui est porteur, depuis bien longtemps, d'une exostose sous-clacanéenne, il ne s'en aperçoit nullement, il exerce une profession nécessitant une station debout prolongée, quand survient un traumatisme intéressant le tissu cellulaire rétrocalcanéen et respectant le squelette.

Ce tissu cellulaire est infecté; la plaie suppure longtemps. Dès que le malade marche, le syndrome de talalgie est constitué.

Il est hors de doute que, dans ce cas, la douleur est due à une lésion du tissu cellulaire et non à la présence seule d'une saillie osseuse sous-calcanéenne.

OBSERVATION III

(*Service du Docteur Patel*)

Talalgie bilatérale datant de 2 ans. Légère irrégularité sur la face inférieure du calcanéum, mais pas d'exostose véritable. Résection osseuse, excision des parties molles. Guérison.

C... Charles, 24 ans, boxeur.

Le malade entre pour des douleurs aux talons.

Le début de l'affection remonte à 2 ans. A ce moment le malade exerçait la profession de serrurier et travaillait toute la journée debout. Il a commencé à souffrir de ses deux talons, mais particulièrement du droit.

Un an après, il avait continué son travail, il remarqua que ses pieds devenaient plats et se déviaient en dehors. Il porta des appareils orthopédiques, ce qui lui réduisit sa déformation au pied droit, dit-il, mais pas au pied gauche. Il doit néanmoins cesser son travail et depuis un an il ne travaille plus.

Cependant, en mai 1925, il voulut reprendre son entraînement de boxeur et se fatigua. Depuis le malade se plaint de talalgie bilatérale, surtout droite, l'empêchant de marcher.

A l'examen : Pied droit : le pied légèrement déformé; la plante du pied regarde le sol et s'appuie sur lui; la palpation du talon est peu douloureuse, les points les plus douloureux se trouvent sur la face inférieure du calcanéum et sur la face postérieure au niveau de l'insertion du tendon d'Achille.

Pied gauche : les mêmes points douloureux se retrouvent, mais sont moins accentués. Par contre, le pied est plat, dévié en valgus léger; on sent la saillie anormale de la tête de l'astragale, le bord interne du pied repose sur le sol.

Radiographie : montre des deux côtés une petite irrégularité située en avant de la saillie tubéreuse.

Intervention : le 21 janvier 1926. On pratique une incision en forme d'U embrassant la concavité du talon; on constate

une exostose sous-calcanéenne beaucoup plus marquée à droite qu'à gauche. On enlève une lame à la partie inférieure du calcanéum et surtout des deux côtés, on enlève le tissu cellulaire dans lequel se trouve une sorte de bourse séreuse.

Le malade est revu 3 mois après : état local excellent. Il marche sans souffrir.

En somme, il s'agit d'un malade n'ayant aucun passé pathologique, qui présentait depuis deux ans une talalgie double et chez lequel la radiographie ne montrait pas d'exostoses véritables, mais une légère déformation exostosique qui paraissait être d'apparition récente.

OBSERVATION IV

(Service du Docteur Patel)

Blennorragie. La talalgie bilatérale s'installe presque au début de l'écoulement. Pas d'exostose sous-calcanéenne. Excision seule du tissu cellulaire, dans lequel l'examen histologique montre des lésions de cellulite subaiguë. Guérison.

C... Henri, 23 ans.

Blennorragie il y a 6 mois. A ce moment, le malade s'aperçoit qu'après une marche, il souffre très légèrement au talon gauche. Cet état douloureux augmente rapidement; et il y a un mois, les mêmes douleurs font leur apparition du côté droit, toujours localisées au talon.

Elles étaient plus intenses le matin (le malade hésite alors à poser le pied à terre). Il précise que ces douleurs ont débuté à gauche en un point limité, situé sur le bord externe de la plante, sur la perpendiculaire abaissée par le bord antérieur

et la malléole péronière. Puis ce fut tout le talon qui devint douloureux.

A droite, la douleur a débuté et est encore localisée en un point symétrique.

De plus, le malade a été obligé d'abandonner son travail depuis une quinzaine de jours à cause de l'intensité des douleurs. Il marchait sur la pointe des pieds.

A l'examen : Du côté gauche : point douloureux bien localisé sur la ligne médiane à trois travers de doigt environ du bord postérieur du talon.

Du côté droit : il existe 2 points douloureux, l'un est symétrique de celui du côté gauche, l'autre au point défini précédemment comme étant le point de début.

Radiographie : montre des calcanéums normaux sans exostoses sous-calcanéennes.

Intervention : le 16 mai 1926. Incision circonscrivant le talon. Des deux côtés les lésions sont identiques. Il n'existe pas d'exostose, mais une bourse séreuse très nette entourée de vaisseaux.

Extirpation de la bourse séreuse.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

L'un des fragments examinés nous montre du tissu cellulo-graisseux parcouru par quelques travées de tissu conjonctif plus dense avec des formations fibreuses, mais on n'a trouvé aucune trace d'inflammation, aucune altération vasculaire.

L'autre préparation ne contient d'ailleurs aucune formation pouvant permettre d'affirmer qu'il s'agit de la paroi d'une bourse séreuse.

On trouve, en 2 ou 3 points, dans les travées conjonctivo-vasculaires, des signes d'inflammation subaiguë tout à fait nets. Autour des petits vaisseaux, il existe une infiltration lymphocytaire assez considérable. Les éléments inflammatoires s'infiltrèrent d'ailleurs au milieu des petites travées conjonctives. Par place, on rencontre encore, dans le voisinage des capillaires dilatés, quelques polynucléaires.

Il s'agit indiscutablement d'une cellulite subaiguë.

Voilà donc un malade présentant, au début d'une blennorrhagie, un syndrome talalgique des plus nets. La radiographie montre l'absence totale d'exostose, il n'y a même pas la moindre atteinte osseuse. On se contente d'extirper ce qui, dans le tissu cellulaire, semble ressembler à une bourse séreuse. Le malade est guéri.

De plus, ce tissu cellulaire montre à l'examen microscopique la présence de lésions inflammatoires nettes, d'une « cellulite subaiguë » a répondu le laboratoire.

OBSERVATION V

(*Service du Docteur Patel*)

Pas d'antécédents blennorrhagique ou autre; talalgie bilatérale datant d'un an. Déformation légère de la face inférieure du calcanéum. Ablation de celle-ci et excision du tissu cellulaire sous-cutané. Examen anatomo-pathologique montrant de légères lésions inflammatoires.

P... Marcel, 24 ans, cultivateur.

Envoyé par son médecin pour talalgie. Rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a 18 mois, affection douloureuse polyarticulaire sans température. Douleur de l'épaule gauche, puis du bras, disparaissant 2 ou 3 jours et réapparaissant ensuite dans les genoux ou les chevilles. Traitement salicylé sans amélioration.

C'est 6 mois après le début de cette affection, c'est-à-dire il y a un an, que le malade commence à souffrir des talons : douleurs à la marche, rendant le travail très pénible.

Essaie des semelles pour pied plat sans amélioration véritable. Consulte plusieurs médecins qui tentent de nombreux traitements.

A l'examen : point douloureux bilatéral à 3 cm. en avant du bord postérieur du pied sur l'axe médian.

Intervention, le 18 novembre 1926 : Ablation de la face inférieure du calcanéum et du tissu cellulaire correspondant.

L'opération est conduite des 2 côtés de façon identique. On constate que la saillie inférieure du calcanéum gauche est moins marquée que celle du côté droit, alors que la douleur est plus accusée à gauche.

Le 30 novembre : départ du malade qui marche sans aucune douleur.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Le fragment comprend une couche de muscle strié; au-dessus d'elle un gros noyau fibreux, très peu vascularisé, sans signe d'inflammation actuelle; puis, au-dessous, un tissu fibroadipeux avec de nombreux vaisseaux capillaires gorgés de sang, des artérioles fortement musclées et, çà et là, autour des vaisseaux, quelques discrets îlots inflammatoires. Nous n'avons pas vu de lésions évidentes dans les quelques filets nerveux rencontrés sur les préparations.

En résumé, il s'agit d'un malade qui n'avait aucun antécédent pathologique et présentait un syndrome talalgique remontant à 6 mois. La radiographie ne montrait qu'une simple déformation sous-calcanéenne, mais pas d'exostose véritable. On enlève à l'intervention un large copeau osseux comprenant la partie lésée, mais surtout on excise le tissu cellulaire dans lequel on a pu retrouver histologiquement quelques îlots inflammatoires.

OBSERVATION VI

(Obligemment communiquée par M. le D^r Tavernier)

Talalgie remontant à 3 ans. Exostose bilatérale. On enlève les exostoses et le tissu cellulaire. Guérison.

T... C., étudiant.

Rien à noter dans les antécédents; nie toute maladie vénérienne. Début, il y a 3 ans, par des douleurs vives au niveau du talon droit, s'accompagnant d'une légère réaction inflam-



FIG. III. — Exostose sous-calcanéenne (Tavernier); talalgie. L'ablation large comprenant le tissu cellulo-graisseux a guéri le malade.

matoire. Les douleurs et l'inflammation disparaissent par le repos et le malade peut reprendre ses cours à l'entrée de l'hiver. A la sortie de l'hiver, les douleurs réapparaissent peu à peu, surtout marquées à la marche et à la station debout. Les douleurs continuent jusqu'à l'époque actuelle, surtout marquées l'été et par les grosses chaleurs. Depuis cet été le talon gauche est devenu douloureux à son tour.

Différents traitements médicaux ont été essayés; le malade a porté des semelles orthopédiques. Il a été examiné médicalement par le docteur Devic, médecin des hôpitaux, qui ne lui a trouvé aucun signe de névrite.

Il entre à la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Tavernier, en septembre 1924.

L'examen clinique ne décèle qu'une douleur vive à la partie interne de la face inférieure du calcanéum des deux côtés.

La radiographie montre : à droite, une exostose à contours flous, irréguliers, dentelés, semblant appendue à la face inférieure du calcanéum qui ne montre pas de tubérosité bien marquée, par rapport à laquelle on puisse situer l'exostose (fig. III). A gauche, une toute petite épine osseuse située à peu près au même niveau (fig. IV).

Intervention, le 3 octobre 1924 :

A droite : ablation large d'un copeau de la face inférieure du calcanéum, enlevant une exostose irrégulière et large. Ablation des parties molles sous-jacentes.

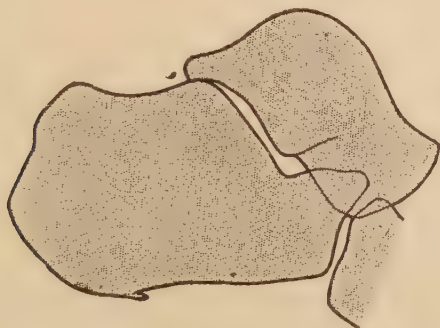


FIG. IV.— Exostose sous-calcanéenne (Tavernier). L'ablation isolée de cette exostose n'a pas guéri le malade.

A gauche : après dénudation de la face inférieure du calcanéum on sent une petite épine acérée de la grosseur d'un grain de mil que l'on fait sauter au bistouri, sans toucher les parties adjacentes de l'os et les parties molles sous-jacentes.

Après cicatrisation des plaies, les douleurs disparaissent à droite, mais persistent à gauche, si bien que le 5 novembre 1924 on est obligé de réintervenir plus largement et de régulariser à la curette la surface osseuse inférieure du calcanéum et les parties molles sous-jacentes.

Un mois après, le malade est considérablement amélioré, ne souffrant plus à droite, encore un peu à gauche.

9 mars 1925 : Talalgie complètement guérie des 2 côtés; souffre depuis 1 mois de 2 points douloureux vertébraux dorsal supérieur et lombaire inférieur. Pas de raideur de la nuque.

OBSERVATION VII

*(Publiée par le Docteur Richer, à la Société
de Chirurgie de Lyon)*

Malade ayant présenté 8 jours après un écoulement urétral, une talalgie bilatérale. Nombreux traitements médicamenteux. Pas de résultats. Intervention. Ablation de volumineuses exostoses sous-calcanéennes, mais surtout excision du tissu cellulaire enflammé où l'on trouve des lésions inflammatoires.

M. B..., 30 ans.

Ce malade a contracté, fin 1921, une blennorragie compliquée, dès le huitième jour de l'écoulement, des phénomènes rhumatismaux plus ou moins précis et d'une talalgie bilatérale. Le traitement urétral immédiat ne semble pas avoir été conduit d'une façon très suivie. Ultérieurement vaccinothérapie au néo-Dmégon contre les phénomènes arthralgiques qui paraissent guéris momentanément.

Depuis cette époque, urétrite chronique et alternatives de guérison et de récurrence de la talalgie et de l'urétrite pour lesquelles le malade est traité par plusieurs dermatologues et urologistes : grands lavages, étincelage de l'urètre postérieure, néo-Dmégon, sérum antigonococcique.

A l'examen, le 25 nov. 1924, il présente : un très léger suintement urétral de temps en temps, le matin, sans gono; il se plaint surtout de douleurs très aiguës à l'appui talonnier des

2 côtés, maximum à gauche; il marche sur la pointe des pieds et avec l'aide de 2 cannes; il a dû interrompre tout travail depuis un an.

Toute la région plantaire sous-calcanéenne est douloureuse et le moindre appui du doigt fait sursauter le malade, surtout à gauche. On trouve, de plus, un peu de douleur diffuse en arrière du calcaneum vers l'insertion du tendon d'Achille. Le malade signale par ailleurs un peu de douleur sur la face dorsale du pied gauche et au gros orteil, mais l'examen méthodique des articulations tibio-tarsiennes et tarsiennes ne révèle cliniquement aucune arthrite; il n'y a pas de diminution d'amplitude dans les mouvements au niveau de ces articulations.

Le malade nie la spécificité, le Wassermann n'a pas été fait.

Radiographie : Pied droit : volumineuse exostose sous-calcanéenne.

Pied gauche : exostose analogue, mais de ce côté la face inférieure du calcaneum est plus nettement irrégulière; à noter à gauche un os trigone très développé.

Intervention, le 10 février 1925 (A. G. éther) :

Par une longue incision sur les bords postérieur et externe de la face inférieure du calcaneum, on pratique à droite et à gauche l'ablation au ciseau et au maillet de la face inférieure du calcaneum qui est dure, en un seul bloc de 3 cm. 1/2 de long sur 1/2 cm. de haut. Mais, de plus, on enlève tout le tissu cellulo-grasieux du talon jusques et y compris l'origine de l'aponévrose plantaire.

Pas de lésions macroscopiques dans ce tissu grasieux.

Fermeture aux crins, sans drainage.

Examen histologique : pas de lésions bien nettes du tissu osseux, un peu d'ostéite raréfiante, quelques hémorragies intra-médullaires, moelle à l'état grasieux..

Dans le tissu de voisinage, les lésions sont identiques à droite et à gauche. Les préparations sont formées par une masse de tissu adipeux, lobulé par de grossières travées fibreuses; celles-ci sont le siège de diverses lésions.

La plus caractéristique est vasculaire.

Tous les vaisseaux sont le siège de phénomènes d'endopériartérite extrêmement accentués, tels qu'on les observe parfois dans les affections d'origine spécifique. Il n'existe

d'ailleurs aucun autre signe en faveur d'une semblable étiologie. Par ailleurs, exsudation lymphocytaire discrète; on voit quelques rares filets nerveux entourés de quelques cellules inflammatoires. Aucune formation spécifique en faveur de la tuberculose.

Le malade est revu et radiographié 3 mois après l'intervention. Son état local est très amélioré. Les cicatrices ne sont pas douloureuses.

OBSERVATION VIII

(Obligeamment prêtée par M. le Docteur Tavernier)

Deux blennorragies. Talagie bilatérale. Pas d'exostose. Ablation d'un copeau osseux et du tissu voisin. Guérison.

R... Raoul, 21 ans.

2 blennorragies, la dernière il y a 6 mois.

L'affection actuelle remonte à 3 mois. Son métier l'oblige à rester de longues heures debout. Cette station verticale lui devient de plus en plus pénible.

Les douleurs sont profondes, localisées à la face inférieure du calcanéum et plus particulièrement à la partie antérieure de cet os.

Les 2 pieds sont le siège de douleurs à peu près égales.

Mais ces phénomènes douloureux qu'accusent le malade disparaissent complètement la nuit, elles sont calmées de plus par le décubitus.

A l'examen : pas de déformation appréciable.

Le pied droit semble tourner sa face plantaire en bas et en dedans.

Palpation parfaitement indolente.

Intervention, 30 décembre 1925 : circonscrivant le contour postéro-externe du talon. La coque talonnière découvre la face inférieure du calcanéum, où l'on ne trouve à droite qu'un peu d'épaississement des insertions du grand ligament plan-

taire et à gauche le même épaissement au niveau de la partie antérieure de la tubérosité dans les insertions des muscles plantaires.

Des 2 côtés, on résèque un copeau osseux de la face plantaire, le tissu fibreux d'insertion des muscles et du ligament, et la zone graisseuse en contact immédiat avec les os et les muscles plantaires. On raccorde finalement les insertions des muscles plantaires, par des points au catgut, lâches, prenant les restes fibreux sur les bords de la résection.

Le 11 janvier 1926 : Suites opératoires simples; cicatrisation complète. Ne souffre plus à la pression, mais un peu encore à la marche.

Maintenu au lit, ablation des fils au septième jour. Départ.

Le 25 janvier 1926 : Revu; résultat parfait. Complètement guéri. Peut se laisser toucher le talon sans rien sentir; cicatrice parfaite.

OBSERVATION IX

(Docteur Tavernier)

Blennorragie ancienne. Exostoses bilatérales. On les enlève et l'on nettoie le tissu cellulaire voisin. Guérison.

P... Jean, 31 ans.

Entre dans le service pour difficulté de la marche due à des douleurs au niveau du calcanéum droit. Pas à gauche.

Le malade a eu autrefois une blennorragie, puis un chancre.

Il a eu des douleurs analogues au niveau du genou et de la hanche qui ont été particulièrement guéries par des injections de sérum.

Actuellement, la marche est assez difficile du fait de douleurs au niveau du calcanéum. Ces douleurs sont provoquées par la marche, ou la pression au niveau de la face interne du calcanéum et surtout au niveau de l'insertion du tendon d'Achille. Elles sont quelquefois spontanées la nuit, mais ne gênent pas beaucoup le malade.

Actuellement, souffre également de douleurs légères à exacerbations nocturnes au niveau de l'articulation du genou et de la hanche.

La Radiographie montre des exostoses au niveau de la face inférieure et postérieure du calcanéum aux deux pieds.

Intervention le 8 décembre 1926 : incision en étrier contournant en arrière l'union de la plante et de la face dorsale du talon et remontant sur les côtes jusqu'aux malléoles. Le lambeau circonscrit est relevé, ce qui permet de découvrir toute la grosse tubérosité du calcanéum. On isole le tendon d'Achille, on résèque à la rugine toutes les proliférations osseuses qui entourent cette grosse tubérosité avec leur périoste et le tissu cellulaire voisin, aussi bien sur les faces latérales que la face inférieure et la face postérieure au-dessous de l'insertion du tendon d'Achille.

Suture sans drainage. Un fragment envoyé à l'examen histologique.

10 décembre : Plus de douleurs nocturnes, qui étaient toutefois rares et légères.

20 décembre : Le malade se plaint d'élancements dont l'origine est au talon et montent jusqu'au genou, mais peu douloureux.

OBSERVATION X

(Docteur Patel)

Mme A..., 55 ans.

Rien à noter dans les antécédents.

A commencé à souffrir au niveau de son talon droit pendant la marche fin mai 1926. Ces douleurs n'ont fait que s'accroître progressivement. Elles sont apparues ensuite au niveau du talon gauche, mais sont restées moins violentes qu'à droite.

La température prise pendant un mois s'est maintenue entre 37°3 et 38°, avec lassitude, et légère atteinte de l'état général.

Les douleurs ne furent soulagées, ni par le repos, ni par les différents calmants.

La malade porta même pendant quelque temps un appareil plâtré au niveau de son pied droit, mais qui n'amena aucune amélioration.

Radiographie : Pied droit : on note une exostose typique en « pénis de chien » au niveau de la face inférieure du calcanéum.

Pied gauche : on note aussi une exostose sous-calcanéenne, mais moins accusée.

Intervention, novembre 1926 : Aussi bien à droite qu'à gauche, ablation du tissu cellulaire sous-calcanéen. On résèque en même temps les exostoses.

Le tissu cellulaire sous-calcanéen montre les lésions typiques de la talalgie sous-calcanéenne : tissu lardacé, avec ébauche de bourse séreuse.

Suites opératoires : normales.

La malade ne souffre presque plus et commence à marcher à peu près normalement.

Chez cette malade, un état subfébrile grippal semble pouvoir être incriminé comme cause de la talalgie.

Conclusions

I. — La talalgie sous-calcanéenne est une affection survenant surtout chez l'homme, à l'âge adulte, se manifestant par des douleurs violentes et tenaces, ne cédant à aucun traitement médicamenteux et orthopédique et finissant par interdire tout travail actif ou la marche. . .

II. — La radiographie, chez ces malades, peut montrer la présence d'une exostose sous-calcanéenne qui, d'ailleurs, n'est pas constante. D'autre part, ces exostoses peuvent se voir chez des sujets ne souffrant pas de talalgie. Celles que l'on rencontre chez les talalgiques ne semblent être, le plus souvent, que le résultat d'une réaction inflammatoire de voisinage.

III. — Cette inflammation a son point de départ au niveau du tissu cellulo-adipeux situé sous le calcanéum. L'examen anatomo-pathologique de ce tissu y décèle toujours des lésions inflammatoires qui sont surtout vasculaires ou périvasculaires.

IV. — La thérapeutique est exclusivement opératoire. L'intervention doit porter, avant tout, sur le

tissu cellulaire sous-calcanéen qu'il faut enlever largement et, en même temps, on réséquera l'exostose sous-calcanéenne, si elle existe, ainsi qu'une large portion de la face inférieure du calcanéum.

Les résultats opératoires, dans ces conditions, sont excellents. Les malades se trouvent complètement soulagés d'une façon durable.

Vu : **LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,**
LE DOYEN, **TIXIER.**
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 Novembre 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. GHEUSI.

Bibliographie

- BAER. — Genorrheal exostosis of the calcis (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. II, 1906, p. 168).
- BARKER. — Bilatéral exostoses des Fersenbeins (*Jahrseb. der ges. f. Natur und Heilk.*, in Dresden, 1900).
- CRHYSOPATHES. — Die variationen einiger Skelettheile und die von ihnen ausgehenden Beschwerden (*Zeitsch. f. orthop. chir.*, 1907, XVIII, p. 365).
- DAVIDSON. — Gonorrheal exostosis of the calcis (*Medical Record New-York*, octobre 1908, p. 570).
- DUPLAY. — Talalgie ou pternalgie (*Presse Médicale*, 1906, p. 457).
- JACQUET. — De la talalgie blennorragique (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôp.*, 5 mars 1897, p. 345 à 349).
- LABERNADIE. — Les exostoses sous-calcanéennes et la talalgie (*thèse de Paris*, 1910).
- LE DENTU et DELBET. — Chirurgie générale et chirurgie orthopédique des membres, t. XXIII, p. 485-490.
- LENOIR A. — Recherche sur les bourses muqueuses sous-cutanées de la plante du pied et sur leur inflammation (*Presse Médicale*, Paris, 1837, p. 49 à 53).
- MONDOR. — 35^e Congrès français de chirurgie du 4 au 9 octobre 1926, à Paris. Arthrites gonococciques, p. 326-329.
- MOUCHET et ROEDERER. — La chirurgie infantile et l'orthopédie en 1926 (*Paris Médical*, 17 juillet 1926).
- NOVÉ-JOSSERAND. — *Société de chirurgie de Lyon*, 4 décembre 1924.

- PAINTER. — *In trans. of the american orthop. association*, 1898, vol. XI, p. 169.
- PATEL et COMTE. — Contribution à l'étude des talalgies sous-calcanéennes (*Revue d'Orthopédie*, t. XII, n° 5, septembre 1925).
- PILLA. — Les exostoses sous-calcanéennes (*thèse de Nancy*, 1913).
- PLETTNER. — Uber die Exostose des Fersenbeins (*Jahrseb. des ges. f. Natur. u. Heilk.*, in Dresden, 1900).
- PONCET. — *Gazette des Hôpitaux*, 1^{er} septembre 1900.
- P. RECLUS et H. SCHWARTZ. — Exostoses du calcanéum (*Revue de Chirurgie*, 1909).
- RICHER. — Intervention pour talalgie sous-calcanéenne (*Lyon Chirurgical*, 1926, p. 862).
- TAVERNIER. — Le siège précis de la douleur dans la talalgie avec exostose sous-calcanéenne (*Lyon Chirurgical*, 1926, p. 100).
-

